

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 143

LES
FORMES PSEUDO-NÉOPLASIQUES
DE LA SYPHILIS DES FOSSES NASALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 juillet 1930

PAR

Max-Pierre-Montségur BERGER

ANCIEN EXTERNE
LAURÉAT DES HÔPITAUX

Né à PELLEGRUE (Gironde), le 11 juillet 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PORTMANN, professeur.....	<i>Président.</i>
		BÉGOIN, professeur.....	{ <i>Juges</i>
		ANDÉRODIAS, professeur....	
		PERY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 143

LES
FORMES PSEUDO-NÉOPLASIQUES
DE LA SYPHILIS DES FOSSES NASALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 juillet 1930

PAR

Max-Pierre-Montségur BERGER

ANCIEN EXTERNE
LAURÉAT DES HÔPITAUX

Né à PELLEGRUE (Gironde), le 11 juillet 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PORTMANN, professeur.....	<i>Président.</i>
		BÉGOUIN, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		ANDÉRODIAS, professeur....	
		PERY, agrégé....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	PAPIN.
Histologie	LACOSTE.	id.	JEANNENEY.
Anatomie pathologique	MURATET.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale	GREYX.	Obstétrique	PERY.
id.	N.	id.	N.
id.	AUBERTIN.	Ophthalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Pharmacie	GOLSE.
Maladies mentales	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	N.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.	N.
Accouchements	PERY.	Pharmacie chimique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Zoologie et parasitologie	B. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME AIMEE

A MON PERE ET A MA MERE

Hommage de ma reconnaissance et de
mon affection.

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTMANN

*Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de médecine
de Bordeaux,*

Médecin principal de la Marine (C. R.),

Officier de la Légion d'honneur,

Croix de guerre,

Officier de Saint-Sava (Serbie),

Chevalier de l'Ordre de Charles III (Espagne).

LES FORMES PSEUDO-NÉOPLASIQUES

DE LA SYPHILIS DES FOSSES NASALES

AVANT-PROPOS

La science révèle peu à peu les secrets de la nature. Des fronts penchés constamment sur la matière découvrent de nouveaux horizons, des formules inconnues, des compléments indispensables, dégagent lentement mais sûrement les problèmes de la vie.

La science médicale et chirurgicale, notamment, a de grands noms, une riche moisson de faits remarquables. Mais que de points mystérieux encore! Et dans le champ parcouru où nos connaissances paraissent certaines et comme définitives, l'expérience nous démontre que des apparences comme un mirage nous voilent parfois la vérité, et que des erreurs en sont la conséquence.

Le sujet de cette thèse a pour raison des observations de ce genre, dont l'une faite dans le service d'oto-rhino-laryngologie de notre maître M. le Professeur Portmann.

Jusqu'à ce jour, ce sujet ne paraît pas avoir été condensé suffisamment; les faits sont isolés, et les données semblent éparées dans diverses feuilles périodiques. Il nous a été inspiré par M. le Professeur Portmann. Que notre maître éminent veuille

bien recevoir l'hommage très respectueux de notre vive reconnaissance; il a eu pour nous la plus grande bienveillance; il nous a encouragé par une action scientifique inlassable, une technique chirurgicale précise, un enseignement complet, lumineux!

La tradition nous permet aussi de remercier publiquement tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux qui nous ont donné l'instruction et les conseils les plus sûrs. Nous devons un témoignage spécial de gratitude à M. le Professeur agrégé Charrier, à M. le Professeur Rocher, à M. le Professeur Leuret, à M. le Docteur Secousse, à M. le Professeur Verger, à M. le Professeur agrégé Jeanneney, à M. le Docteur Bousquet. Et nous remercions particulièrement M. le Professeur Georges Dubreuil de la charmante amabilité qu'il a eue de se mettre à notre disposition pour ce qui concerne l'anatomie pathologique et les microphotographies.

La science médicale et chirurgicale, par ses élites, ses savants, a tracé et ouvert chaque jour largement le sillon du savoir. Il le faut creuser encore, élargir toujours.

Chacun de nous a le devoir de joindre son effort, aussi faible qu'il soit.

Au terme de nos études nous croyons apporter plus de précisions sur des cas que des observations récentes ont mis plus en relief. Nous pensons les faire mieux connaître.

Puissions-nous, par ce modeste travail, établir une base exacte que l'avenir peut agrandir, et faciliter ainsi le praticien, lui éviter l'erreur.

Puissions-nous faire œuvre utile!

INTRODUCTION

Un certain nombre de publications ont attiré depuis longtemps l'attention des praticiens sur les formes anormales de la syphilis nasale, formes d'apparence néoplasique (pseudo-papillaires, pseudo-épithéliomateuses, pseudo-sarcomateuses) et formes pseudo-tuberculeuses (lupiques).

Les formes pseudo-tuberculeuses ont été étudiées suffisamment dans des écrits spéciaux; nous les laissons délibérément de côté.

Quant aux formes d'apparence néoplasique, nous ne trouvons aucun travail d'ensemble. Nous nous proposons en conséquence de le réaliser, par suite de fixer définitivement la clinique et le diagnostic de ces formes. Cette œuvre s'impose à l'occasion de deux observations récentes, l'une due au Docteur Noailhac, de Brive, l'autre personnelle, prise à la clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté. Ces observations ont permis de dégager des erreurs dues à l'apparence néoplasique. Dans cet ordre d'idée on se trouve souvent devant des faits cliniques d'aspect très simple, et il arrive de conclure selon cette vraisemblance.

Evidemment, on a la conviction de ne pas se tromper, d'agir avec certitude. Mais l'expérience prouve que l'erreur est possible, et que, effectivement, des erreurs ont été commises.

La connaissance exacte est, en effet, laborieuse. La réalité se cache sous un décor factice. Et lorsque le voile est levé, que la vérité s'impose, la surprise est d'autant plus forte que la probabilité semblait plus grande.

Ce travail a pour but d'établir une plus grande documentation pour reconnaître plus facilement les faits dans ces cas de formes anormales, néoplasiques d'apparence, de la syphilis nasale.

Lermoyez a traduit très exactement nos préoccupations en disant : « Si la critique est aisée, l'art rhinologique est difficile. D'ailleurs, reconnaître et surtout faire connaître nos erreurs, n'est-ce pas le meilleur service à rendre aux autres et aussi à nous-même. »

Nous groupons sous le titre de *Formes pseudo-néoplasiques de la syphilis des fosses nasales* toutes les formes décrites sous l'appellation de pseudo-papillomateuses, pseudo-sarcomateuses, pseudo-épithéliomateuses.

Cliniquement, le terme de « pseudo-néoplasique » est excellent puisqu'il indique très bien la ressemblance existant objectivement avec les néoplasies véritables. On conçoit facilement pour le clinicien tout l'intérêt qui s'attache à faire le diagnostic. Cruelle expectation, cependant, pour le patient ! Dans un cas, c'est la mutilation de la face ou la mort horrible à bref délai. Dans l'autre, c'est le traitement spécifique et la vie ! L'examen clinique seul ne veut donc rien dire. La tâche du praticien n'est pas terminée.

L'acte décisif, l'acte capital, c'est la biopsie. De l'examen histo-microscopique de la néo-formation dépendra la directive thérapeutique. En général, à part quelques réserves en rapport avec certaines observations, et que nous signalerons et discuterons par la suite, on peut affirmer qu'une coupe montrant histologiquement des lésions spécifiques ou bien ne montrant pas de lésions néoplasiques permettra d'éloigner définitivement le spectre du cancer. *L'argument sérologique*, la réaction de Wassermann, sera tout à fait de deuxième ordre.

L'argument thérapeutique spécifique sera concluant lorsque, par hasard, le doute persistera.

Ce sont là des faits sur lesquels il est extrêmement utile d'attirer l'attention du clinicien.

Dans notre travail, nous adopterons le plan suivant :

CHAPITRE I. — *Historique.*

CHAPITRE II. — *Etude clinique :*

Formes pseudo-sarcomateuses ;

Formes pseudo-épithéliomateuses.

CHAPITRE III. — *Diagnostic* :

clinique :

positif;

différentiel;

sérologique;

bactériologique;

anatomo-pathologique : capital en général;

thérapeutique : décisif.

CHAPITRE IV. — *Conclusions*.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La syphilis nasale anormale à forme pseudo-néoplasique paraît être chose assez rare, si l'on considère le nombre peu considérable de cas qui en ont été relatés. C'est le Professeur Moure qui, en 1888, semble avoir, le premier, à propos d'un cas de « gommé syphilitique de la face interne de l'aile du nez », nettement appelé l'attention sur « la confusion qui pourrait résulter de l'aspect, du siège de la marche de l'affection, qui auraient très bien pu faire songer à un néoplasme malin ». « Ce sont là, conclut-il, des faits sur lesquels il est, je crois, utile d'avertir le praticien pour éviter une intervention chirurgicale inutile et souvent un délabrement considérable de la face, dans le but d'enlever les néoplasmes soi-disant malins des cavités nasales. »

En 1890, Schrötter, au Congrès de Berlin, met en garde le médecin contre les apparences cliniques trompeuses de la syphilis nasale, et loue les résultats que l'on peut attendre de l'examen microscopique susceptible de fournir ici de précieux éléments pour le diagnostic.

En 1893, c'est *Kuhn*, qui, à la Société allemande d'otologie, parle des tumeurs syphilitiques du nez; c'est *Rueda*, qui présente un syphilome primitif intranasal à forme anormale.

En 1897, Fournier, dans son livre *Les chancres extra-génitaux*, étudie et décrit magistralement le chancre à forme néoplasique, soit papuleux, soit papulo-hypertrophique.

Lermoyez, en 1898; Garel, en 1900, publient chacun un cas de *forme pseudo-sarcomateuse* (suivant l'expression de Lermoyez), où l'envahissement rapide des tissus, leur proliféra-

tion, déroutent l'observateur et l'orientent du côté d'une tumeur maligne. Dans les deux observations, histologiquement, un examen trop rapide fit penser à un sarcome, et c'est l'apparition d'accidents secondaires qui permit d'établir un diagnostic certain.

Qu'il s'agisse de syphilis primaire ou tertiaire anormale, les faits se font moins rares : ce sont notamment ceux de Mounier, en 1900; de Theisein, en 1903; de Lubet-Bardon, en 1905; de Pusateri, en 1907; de Calamida, en 1912; de Roubinstein (de Saint-Petersbourg), en 1913.

Après la grande guerre : ce sont Pipia, en 1913; Jacod et Pitres, en 1923, Ramognini, en 1924. Lannois et Gaillard, en 1924, dans leur homographie; Padesta, en 1926.

En 1920, Vilanova a publié un *cas de syphilis tertiaire du nez avec diagnostic clinique et histologique d'épithélioma*.

En 1927, au XLe Congrès français d'oto-rhino-laryngologie, Proby (de Lyon) traite des *Formes mixtes et anormales de la syphilis nasale*, et apporte deux observations montrant « sous quel déguisement histologique, sous quelle cape mystérieuse, la syphilis peut se draper ». L'une est un *type pseudo-sarcomateux*, l'autre un *type pseudo-épithéliomateux*, simulant au point de vue clinique et surtout histologique, une tumeur maligne, sarcomateuse ou épithéliale.

De ce rapport se dégage un fait capital : les tumeurs inflammatoires peuvent ressembler histologiquement aux tumeurs vraies. Et c'est, comme l'a dit Favre, « la faillite de l'histologie ».

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

Les formes pseudo-néoplasiques de la syphilis des fosses nasales, qu'il s'agisse de syphilis primaire, tertiaire ou même parfois secundo-tertiaire, *simulent, camouflent cliniquement* à s'y méprendre les *néoplasies vraies malignes*, soit *sarcomateuses*, soit *épithéliomateuses*.

Symptomatologie.

Deux groupes de signes :

- I. — *Signes subjectifs communs* à toutes les formes;
- II. — *Signes objectifs endoscopiques*, permettant d'individualiser deux formes cliniques :
 - a) *pseudo-sarcomateuse*;
 - b) *pseudo-épithéliomateuse*.

I. — Signes subjectifs communs.

1° *Obstruction nasale*, unilatérale le plus souvent ou bilatérale parfois, la tumeur occupant alors la cloison : signe qui est constant. C'est un symptôme du début, qui dure pendant toute la maladie. C'est lui qui souvent conduit le patient au médecin. *Sensations de corps étranger*, qui oblige le malade à se moucher, mais en vain. L'occlusion nasale peut arriver jusqu'à la sténose complète avec respiration nasale très diffi-

cile et nasonnement. Une sensation spéciale de prurit et de tension (Moure-Spencer) précède ou accompagne les signes précédents.

2° *Coryza* unilatéral ou bilatéral, séreux, quelquefois saigneux, d'autres fois séro-sanguinolent. Parfois véritables *épistaxis* minimales mais persistantes, quand il s'agit notamment d'un pseudo-épithélioma.

3° *Céphalées*, douleurs, plus tardives en général, vagues ou vives (gomme), pouvant s'irradier vers la racine du nez, le front (Ramognini, Pipia), la tête, la face (Mendel-Seifert), l'oreille (Cimmino) et l'orbite (Garal), à prédominance souvent nocturne.

Tous ces signes s'associent plus ou moins suivant les cas. L'obstruction nasale est un signe particulièrement constant, complétée souvent par un écoulement séreux ou sanguinolent.

II. — Signes objectifs endoscopiques.

Ils permettent d'individualiser deux formes cliniques :

- a) *pseudo-sarcomateuse*;
- b) *pseudo-épithéliomateuse*.

a) FORME PSEUDO-SARCOMATEUSE

Observations.

OBSERVATION I.

(LERMOYEZ.)

*Un cas de chancre syphilitique de la cloison nasale
à type pseudo-sarcomateux.*

N..., 25 ans, vient en février 1897. Croit avoir la narine droite obstruée, persuadé qu'un polype muqueux, enlevé trois ans auparavant, avait dû se reproduire.

À l'examen, rien d'anormal dans le nez. Je ne le revois plus cette année-là.

Un an après, le 10 février 1898, N... reparait et me tient le même langage.

A l'examen, à droite, notable épaissement de la cloison cartilagineuse, qui avait dû m'échapper au début. Cela s'accordait avec la sensation de gêne nasale éprouvée, et rendez-vous fut pris pour la fin d'un coryza aigu qu'il traînait depuis huit jours. Ce coryza n'était autre qu'un rhume de cerveau banal : écoulement muco-sanguinolent, sans odeur, avec fausses membranes, unilatéral droit.

Diagnostic. — Rhinite fibreuse unilatérale, greffée sur un épaissement de la cloison cartilagineuse.

Traitement. — Insufflation de poudre d'iodol.

Huit jours plus tard, aggravation : fièvre, lit. Nez tendu et douloureux au toucher, joue droite gonflée, et de la narine droite sortaient des fausses membranes. La saillie de la cloison s'est notablement accrue, au point de toucher au cornet inférieur. Par son accroissement rapide et par la sensation de mollesse, il semblait s'agir d'un processus de tuméfaction aiguë. Au spéculum, placard mamelonné, non ulcéré, saillant avec des bords en talus, et, à sa surface, quelques fausses membranes.

Le 21 février, j'entrevis la vérité. Je fus frappé de la ressemblance de cette lésion nasale avec un chancre infectant : saillie circulaire à bords en talus, droits, à surface légèrement inégale, non ulcérée : de plus, deux gros ganglions sous-maxillaires droits, durs, indolores, bien mobiles, précisément en rapport avec le siège de la lésion nasale. Mais pas de roséole. Traitement spécifique.

Le 25 février, douleurs atroces. Aile droite du nez dure comme du carton, œdème autour. A l'intérieur, soulèvement plus accentué, rouge vif, finement mamelonné; l'exsudat diphtéroïde a disparu sans laisser d'érosion à sa place. Mon diagnostic se modifie : Périchondrite suppurée de la cloison. Plusieurs ponctions exploratrices ne donnent rien. Un confrère, consulté, est de mon avis et repousse l'idée de chancre.

Le 2 mars, état général mauvais. Amaigrissement. Douleurs. Tuméfaction de plus en plus bosselée, presque végétante. Toujours sans ulcération. On décide, en dernier, de faire une dernière ponction avec le galvanocautère. La pointe de platine y pénètre tout

d'un coup de 1 centimètre, avec sang, « comme dans du beurre », alors qu'un des fils conducteurs n'était pas fixé : le courant ne passait pas. Cela n'est possible que dans une tumeur maligne, et la tumeur ne peut être qu'un *sarcome* grave. Or, la rhinoscopie postérieure montre maintenant que de la choane droite sort une masse rouge sombre un peu mamelonnée, qui masque les queues des cornets, et qui est évidemment le prolongement postérieur de la tumeur, qui s'étend ainsi à toute la fosse nasale.

Le 4 mars, l'état général décline à vue d'œil. Une *intervention chirurgicale s'impose* à brève échéance. On fait une *biopsie*.

Le 8 mars, le bourgeonnement s'est accentué. *Un premier coup d'œil sur la coupe donne l'impression probable d'un sarcome globocellulaire sans trace de tuberculose ni de gomme miliaire.*

Le 11 mars, consultation avec le Docteur M..., chirurgien des hôpitaux. *On croit au sarcome. Mais l'examen histologique, fait plus à fond, n'est plus aussi affirmatif.* Voici la note du Docteur R. Marie : « On peut éliminer l'épithélioma; il y a des îlots d'épithélium pavimenteux qu'on peut considérer comme purement inflammatoire. L'hypothèse de sarcome a contre elle l'apparence nodulaire inflammatoire de certains points de la tumeur; ces vaisseaux capillaires sont très nombreux, mais le plus grand nombre est entouré d'une couronne de leucocytes, et leur paroi est mieux constituée que dans les sarcomes. Les cellules qui constituent la tumeur sont des lymphocytes et des leucocytes polynucléaires, ces derniers tenant à l'infection de la tumeur. En plusieurs points on trouve des travées fibreuses adultes nettement caractérisées. Rien ne permet donc de dire lésion tuberculeuse (absence de cellules géantes) ni syphilitique (! absence de processus miliaire, etc.). En résumé, *aspect de tissu inflammatoire*, tissu muqueux riche en vaisseaux, infiltré de cellules blanches. »

Donc, le prudent microscope ne se prononçait pas.

On décide d'intervenir le 16 mars; Or, le 15 mars au soir, coup de théâtre, le médecin a constaté quelques boutons sur le corps : *Roséole. Diagnostic de chancre induré* (Dr Besnier), confirmé par Fournier.

Injectons de cyanure. Amélioration : la surface devient presque

lisse, rouge, dure au stylet. Injections de calomel : *Vers la mi-mai, la cloison nasale a repris son aspect ordinaire.*

OBSERVATION II.

(GAREL.)

Le chancre syphilitique intranasal.

Petite fille de 14 ans, présentant une tumeur volumineuse de la cloison, à la surface lisse, sans ulcération, qui fait songer à un sarcome. D'après l'examen histologique on pouvait songer à la rigueur à une tumeur du tissu conjonctif.

OBSERVATION III.

(LEMAÎTRE.)

Syphilis tertiaire prise pour un sarcome.

Jeune femme vient consulter pour obstruction nasale progressive.

A la rhinoscopie antérieure, on constate que *la fosse nasale droite* est entièrement comblée par une masse d'aspect polypoïde, cependant plus rosée et dure. On ne distingue aucun détail de la cavité nasale, sauf la cloison dans sa partie tout antérieure. *A gauche*, la narine est libre : le spéculum est arrêté par la saillie de la cloison, fortement déviée, et qui obstrue complètement la fosse nasale. Il existe quelques douleurs de l'hémiface droite, sans caractères particuliers. Quelques épistaxis légères au début. Pas de sécrétions nasales. Bien que l'on ne puisse déterminer par une exploration minutieuse au stylet le point d'implantation de la tumeur, bien que du côté droit on constate quelques ganglions sous-maxillaires, l'aspect objectif de la tumeur est tellement caractéristique que *l'on ne peut faire d'autre diagnostic clinique que celui de sarcome*. L'adénopathie maxillaire n'exclut pas ce diagnostic; elle peut, en effet, dépendre soit d'une infection secondaire, soit d'une métastase lymphatique comme on en voit dans une variété de sarcome, le sarcome polymorphe.

L'intervention est décidée, une date très rapprochée est prise. Plusieurs spécialistes ont vu la malade et personne ne doute du diag-

nostic devant un aspect clinique aussi caractéristique. Le jour de l'intervention, la malade faisant une angine avec amygdalite et température, l'opération est différée. Le Docteur Lemaître, curieux de savoir devant quelle variété de sarcome il se trouve en présence, met ce retard à profit en faisant pratiquer une biopsie. On s'assure d'abord que la tumeur n'est pas trop vasculaire en ponctionnant la tumeur au bistouri; l'hémorragie produite étant minime et non persistante, on prélève sans difficulté en pleine masse bien visible, trois fragments. Deux jours après, *l'examen histologique montre* non pas un néoplasme, mais, sous un épithélium très proliférant et végétant sans signe de tumeur maligne (cellules nasales normales et intactes), un infiltrat inflammatoire très abondant où prédominent surtout les cellules plasmiques.

Le diagnostic de syphilis est tout à fait certain : d'ailleurs, le traitement antisypilitique immédiatement institué fait fondre et disparaître en quelques jours cette pseudo-tumeur pour laquelle, sans cette biopsie fortuite, une intervention avec gros dégâts osseux allait être faite. Aucun exemple ne peut être plus typique pour montrer quel service peut rendre la biopsie.

OBSERVATION IV.

(PROBY.)

Formes mixtes et anormales de la syphilis nasale.

P... (Jean), 20 mois, présente un écoulement et une gêne nasale depuis deux ou trois mois. L'examen montre une tumeur végétante s'implantant largement sur les deux tiers antérieurs de la cloison, de consistance molle, saignant au contact. La base d'implantation est plus dure, pas élastique. Il paraît impossible de faire un diagnostic précis. On peut penser à une tumeur épithéliale, à un *sarcome* ulcéré. Une *biopsie* montre des éléments conjonctifs avec des cellules fuso-cellulaires et des lésions d'artérite.

L'examen général ne révèle rien, pas de ganglions, aucun stigmate de syphilis.

En présence de ces lésions histologiques sarcomateuses avec des signes d'artérite, on pense à la syphilis, malgré que les antécédents

du père soient négatifs et que ceux de la mère ne révèlent qu'une fausse-couche à deux mois. Un traitement par l'acétylarsan est immédiatement pratiqué. Une première série de dix piqûres amène une diminution de la tumeur. Une deuxième et troisième série la fait disparaître complètement. Chez l'enfant les réactions de Wassermann et de Hecht furent toujours négatives. Chez la mère, la réaction de Wassermann fut négative et la réaction de Hecht légèrement positive.

OBSERVATION V.

(NOUAILHAC.)

Sur une forme rare de la syphilis nasale.

M. L..., âgé de 24 ans, cultivateur, vient nous consulter, le 14 octobre 1929, parce qu'il est gêné pour respirer par le nez du côté gauche; cette gêne est survenue progressivement et remonte à plusieurs mois, un an environ, et s'accompagne d'un écoulement séro-sanguinolent, mais sans saignement notable. Le malade n'a pas de douleurs ni de céphalées.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de broncho-pneumonie à l'âge de 55 ans; père vivant en bonne santé; frères et sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Le malade s'est toujours bien porté; il a fait son service militaire. Depuis sa maladie, il continue son dur travail sans aucune fatigue; pas d'amaigrissement; nie toute contamination vénérienne.

A l'examen, le nez est normal, sans aucun gonflement; pas de douleur à la pression au niveau des os propres; la fosse nasale gauche est complètement obstruée, le malade ne peut pas du tout respirer ni se moucher de ce côté; il s'écoule de cette fosse nasale une sérosité sanguinolente qui n'a aucune odeur. L'examen rhinoscopique montre des polypes muqueux insérés dans le méat moyen, mais, au stylet, ils donnent l'impression d'être plus durs que des polypes muqueux ordinaires et d'être moins mobiles; de plus, la fosse nasale est beaucoup plus obstruée qu'elle ne devrait l'être par ces simples polypes qui ne sont pas extrêmement volumineux. En effet, le stylet, poussé d'avant en arrière, est arrêté et ne passe pas dans le naso-pharynx.

La rhinoscopie postérieure montre qu'il existe en arrière du nez, du côté gauche, une masse bourgeonnante. Après mise en place du releveur de Moritz-Schmidt, on constate qu'il y a, en arrière du cornet inférieur gauche, une masse bourgeonnante arrondie, de coloration rouge, obstruant la choane gauche et débordant dans le nasopharynx. Le toucher naso-pharyngien confirme les données de la rhinoscopie; la consistance de la tumeur est ferme, mais non cartilagineuse; elle est peu mobile.

La diaphanoscopie montre que les deux sinus maxillaires s'éclairent également bien; il en est de même pour les sinus frontaux.

Le malade n'accuse aucun trouble du côté de l'oreille gauche; l'acuité auditive est en effet bonne et le tympan est normal. Enfin, il n'y a pas d'adénopathie sous-maxillaire ou cervicale. En présence de cette tumeur nasale et naso-pharyngée, accompagnée de polypes muqueux, nous nous trouvons assez embarrassé pour poser un diagnostic ferme, et nous proposons au malade une opération, par voie naso-pharyngée, afin de dégager si possible la fosse nasale et surtout pour prélever un fragment de ce tissu pour examen histologique. Pour des raisons de deuil de famille, le malade ne peut revenir que le 15 novembre; à cette époque, la tumeur naso-pharyngée a augmenté sensiblement. Sous anesthésie locale par badigeonnage de cocaïne au 1/10^e et mise en place du releveur de Moritz-Schmidt, nous pratiquons une biopsie; la prise est difficile, car la pince dérape sur la tumeur, qui est arrondie et dure, et n'offre pas de prise à l'instrument; de plus, le tissu saigne assez abondamment. Nous prélevons quelques fragments, qui nous paraissent, d'ailleurs, trop superficiels, et nous les envoyons au laboratoire. Voici la réponse du docteur Bonnard : « Masses crues, ponctuées d'éléments cellulaires polymorphes, les uns isolés, peu nombreux, du type épithélial, les autres très abondants, et traduisant une forte réaction inflammatoire (leucocytes polynucléés en majorité et fibroblastes). C'est l'image d'un caillot hématique infecté et en voie d'organisation. En aucun point, on ne constate la formation d'un complexe histologique répondant à l'image d'un néoplasme. » Nous donnons rendez-vous à notre malade, le 3 décembre, pour une nouvelle intervention par voie endonasale; cette fois, après lui avoir prescrit une potion au

chlorure de calcium et après avoir enlevé plusieurs polypes muqueux, nous tombons en arrière sur une tumeur qui remplit complètement l'espace libre entre la cloison et le cornet inférieur. Le stylet est arrêté et ne peut passer ni du côté interne, ni du côté externe, à plus forte raison l'anse du serre-nœud. A la moindre tentative de prise à la pince de Luc, il se produit une hémorragie abondante qui empêche toute visibilité. C'est alors qu'en examinant la fosse nasale droite, nous apercevons un prolongement de la tumeur naso-pharyngée qui vient faire saillie du côté droit; après cocaïno-adréralisation, il est excessivement facile de saisir dans l'anse du serre-nœud ce prolongement, ce qui nous permet d'avoir une excellente prise biopsique, de la grosseur d'une petite noisette, prélevée en pleine tumeur. Mais nous ne pouvons pas préciser exactement quel est le point de départ, ni l'implantation de celle-ci. Nous envoyons au laboratoire le fragment prélevé dans le naso-pharynx, ainsi que plusieurs fragments de polypes pris parmi ceux qui nous semblent de consistance plus dure.

Résultat de l'examen histologique (docteur Bonnard). — « Tous les fragments adressés ont été examinés, et de leur étude détaillée on peut conclure qu'ils sont exempts de toute fermentation néoplasique. Les uns sont des promontoires souvent limités par un épithéliome cylindrique, régulièrement palissadé et constitué par du tissu de granulation (nombreux éléments inflammatoires polymorphes, histiocytes, plasmocytes, leucocytes polynucléés, au sein d'un tissu conjonctif jeune et richement vascularisé). En aucun point, cette réaction inflammatoire ne présente une cytologie à caractères spécifiques (structure nodulaire, gigantisme cellulaire). On note, cependant, des amas étendus de plasmocytes, mais ce signe est insuffisant pour conclure à une localisation syphilitique. Les autres fragments présentent la structure banale des polypes naso-pharyngiens. »

Quelques jours après, nous revoyons notre malade. La fosse nasale gauche est toujours complètement obstruée, et il y a déjà quelques polypes en voie de repullulation. Nous proposons au malade de lui faire, dans un mois, une nouvelle intervention en utilisant la diathermo-coagulation, de façon à éviter l'hémorragie, qui nous a beaucoup gêné lors des opérations précédentes. Mais l'étiologie de la

tumeur restant toujours indécise malgré les deux examens histologiques et à cause des amas de plasmocytes signalés, nous ordonnons au malade un traitement d'épreuve, c'est-à-dire une simple potion biiodurée type sirop de Gibert. Un mois plus tard, nous revoyons notre malade, qui, à notre grand étonnement, nous déclare qu'il est guéri après avoir pris quelques cuillerées de la potion. Son nez, nous dit-il, s'est débouché progressivement et l'écoulement s'est tari. Effectivement, l'examen rhinoscopique montre une fosse nasale gauche parfaitement libre. Après légère cocaïnisation, on aperçoit très bien le naso-pharynx; de plus, le méat moyen est libre de tout polype muqueux. La rhinoscopie postérieure montre un naso-pharynx parfaitement libre. La queue du cornet inférieur, bien visible, n'est pas du tout hypertrophiée, à peine y a-t-il un léger tapis de végétations adénoïdes. Il ne reste absolument rien de la tumeur qui obstruait totalement la choane un mois auparavant, et dont il nous est impossible de déceler actuellement le point d'implantation. C'est véritablement une *restitutio ad integrum*. En présence de ce résultat inespéré, nous faisons une prise de sang pour faire pratiquer une réaction de Bordet-Wassermann. Le malade, interrogé de nouveau, continue à nier toute maladie vénérienne. L'examen de la verge montre un phimosis partiel, mais pas de cicatrice, pas de ganglions inguinaux. La réaction de Wassermann est « moyennement positive », mais nous proposons donc de faire au malade un traitement spécifique classique et complet.

Cette observation nous a paru présenter quelque intérêt par ce qu'elle soulève un problème de diagnostic assez difficile à résoudre. On pouvait penser, avec de sérieuses raisons cliniques, à une tumeur plus ou moins maligne, tumeur mixte angio-sarcome, etc., et c'est le diagnostic qui nous avait paru le plus plausible. C'est là que l'examen histologique est particulièrement précieux en permettant d'éliminer de façon certaine, après une biopsie bien faite, toute affection néoplasique.

Examen endonasal.

Au spéculum nasi : présence d'une tumeur, plus ou moins volumineuse, obstruant plus ou moins une fosse nasale arrondie, à surface lisse, sans ulcération au début, recouverte d'une muqueuse blanche rosée, grisâtre ou rougeâtre. Tumeur

paraissant fixe, dont on peut délimiter, en général, assez bien le point d'implantation (sur la cloison surtout), de consistance variable, molle ou ferme, avec suintement sanguin assez souvent et saignant parfois par le contact.

Recherche des ganglions dans les régions sous-maxillaires, parotidiennes ou préauriculaires : souvent *négative*. Parfois positive si on est en présence d'une syphilis primaire ou d'inflammation par infection secondaire, la tumeur étant ulcérée.

Etat général. — Bon ou mauvais.

b) FORME PSEUDO-EPITHELIOMATEUSE

Observations.

OBSERVATION I.

(VILANOVA.)

Cas de syphilis tertiaire du nez avec diagnostic histologique d'épithéliome.

Malade de 57 ans, sans autre antécédent que la syphilis du mari.

Depuis quelques mois, présente une lésion du septum nasal *diagnostiquée épithélioma* par un rhinologue, diagnostic confirmé par l'examen histologique. Le processus avança rapidement, au point que, lorsque l'auteur vit la malade, le nez était envahi, ainsi qu'une zone périphérique assez étendue. Dans les fosses nasales obstruées par la tuméfaction de la muqueuse et la sécrétion très abondante, il y avait deux ulcères. Ces éléments ulcéro-tuberculeux étaient typiques : la croûte, de couleur très foncée, était incrustée dans l'ulcère. Une fois la croûte enlevée, on voyait un ulcère rond, peu profond, avec les bords taillés à pic. Le fond était grisâtre avec des détrit. Vu l'évolution du processus et l'absence d'hémorragies, on porte le diagnostic de syphilis, malgré l'examen histologique. Le traitement (huile grise à 40 p. 100, biiodure) guérit la malade après élimination de séquestre.

OBSERVATION II.

(PROBY.)

Formes mixtes et anormales de la syphilis nasale.

Il s'agit d'une volumineuse tumeur villeuse, saignante, friable, remplissant la fosse nasale. L'examen histologique montrait une tumeur

papillomatense, à cellules cylindriques, muqueuses avec cils vibratils en certains points. Il n'y avait pas de signe cytologique de transformation néoplasique, mais la présence de quelques îlots sous-muqueux pouvait faire penser à des zones suspectes de dégénérescence (Professeur agrégé Dunet).

On pouvait donc penser à une tumeur très active pouvant récidiver sur place. Cette constatation me pousse à faire l'ablation de la tumeur et du cornet moyen et à mettre un tube de radium. L'observation s'arrête là à cette époque (juillet 1925). La tumeur récidiva en octobre et en décembre malgré deux ablations successives; cette tumeur, si peu sensible au radium chez une jeune fille de 17 ans, malgré l'absence de toute réaction sérologique, me fit penser à la syphilis. Un traitement intensif par le novarséno et le cyanure fut tenté, en même temps que l'on tentait un dernier curettage de la fosse nasale permettant d'enlever des polypes rosés ayant l'aspect de tissu cérébral.

Revue en 1926 et 1927, la malade est complètement guérie. La fosse nasale est entièrement libre. Pas de récidence.

OBSERVATION III.

(Prise à la clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté.)

M. Elorbi (Antoine), 30 ans, vient consulter à la clinique oto-rhino-laryngologique, le 4 février 1930, pour gêne respiratoire nasale.

Histoire de la maladie. — Depuis très longtemps, le malade mouchoirait des matières épaisses, purulentes, adhérentes au mouchoir. Depuis six à huit mois, très fréquemment, surtout le matin, en se mouchant, il provoquait de faibles épistaxis. Tout était attribué à un rhume qui ne guérissait pas.

Depuis deux mois environ, il éprouve une gêne respiratoire nasale plus importante, qui l'oblige à respirer la bouche ouverte. Et actuellement surviennent des épistaxis plus abondantes, rarement spontanées, surtout provoquées par le mouchage.

Antécédents. — Croup à l'âge de 6 ans. Non marié. Pas d'antécédents vénériens avoués. Pas d'antécédents bacillaires.

Examen. — *Nes* : En aucun point la peau n'est rouge ou oedéma-

tiée. Pas de lésions des os propre ; ou des cartilages. Aucune douleur ni spontanée ni provoquée.

Fosses nasales. A gauche : Orifice à bords normaux. A environ 2 centimètres de cet orifice, on aperçoit une masse bourgeonnante, ayant la couleur de la muqueuse normale, irrégulière, bien vascularisée, saignant facilement et fermant la lumière nasale. Le spéculum permet de voir que ce bourgeonnement est implanté par une base sessile sur la cloison médiane. La surface présente une ulcération à fond sanieux et sanguinolent, à bords bourgeonnants et nets. Le contact au stylet donne une sensation de dureté. Les régions voisines sont soulevées, comme œdématisées. En arrière, il est difficile de limiter les lésions. A droite : présence d'une tumeur bourgeonnante, de même aspect, mais moins volumineuse. Le cornet inférieur est tuméfié et entre en contact avec la cloison.

Pas de sécrétions purulentes abondantes, mais suintement non fétide, parfois sanguinolent.

Le contact même léger avec un stylet provoque un saignement facile, qui s'arrête spontanément.

Rhinoscopie postérieure. — Rien à signaler, sauf un léger tapis de végétations sans importance.

Pas d'adénopathie sous-maxillaire.

Diagnostic clinique : *Epithélioma des fosses nasales* dont on demande confirmation par la *biopsie*, que le Docteur Martinaud pratique le 4 février. La réponse est la suivante : « Tissu d'inflammation chronique essentiellement constituée par une infiltration lymphocytaire et quelques très rares polynucléaires. Cellules épithélioïdes qui forment parfois des médaillons. Une cellule géante a été trouvée. L'épithélium, soulevé par endroits, se dispose en cryptes analogues aux cryptes amygdaliennes. Réaction fibreuse faible. En résumé : Impression d'inflammation syphilitique, qu'il serait bon de rechercher par l'interrogatoire et un traitement d'épreuve. » (11 févr. 1930.)

(Mlle Valette. Laboratoire du Professeur Dubreuil.)

La biopsie modifie donc complètement notre diagnostic, et nous pensons alors à la tuberculose ou à la syphilis. Nous éliminons la tuberculose, malgré l'histologie, parce que rien ne fait croire clini-

quement à cette éventualité. Nous portons alors le diagnostic de *syphilis* sans doute tertiaire, à *forme de tumeur pseudo-néoplasique* bien qu'il n'y ait aucun antécédent vénérien avoué et que les réactions de Wassermann et de Hecht aient été négatives.

On institue un traitement syphilitique sous le contrôle du Professeur Petges.

Le 21 février 1930, une deuxième biopsie est faite (Docteur Berger) et le laboratoire répond : « Réaction inflammatoire chronique affectant la forme caractéristique syphilis ou bacilliose, plus probablement syphilis. Médillons avec cellule géante, cellules épithélioïdes, bordure lymphocytaire ou monocytaire. D'autres médillons avec centre un peu dégénéré. »

Le traitement commence le 19 février.

Le 28 février, le malade a reçu 15 cc. d'arsaminol. La gêne nasale est peut-être plus importante, et objectivement, dans chaque narine, le bourgeonnement présente le même aspect et saigne toujours facilement au contact : ulcération à fond sanieux et sanguinolent.

Le 7 mars, le malade a reçu encore 5 cc. d'arsaminol et on a commencé un traitement — qui va être poursuivi — au cyanure de mercure en injections intraveineuses.

Puis le malade ne vient ni se faire examiner, ni se faire soigner, jusqu'au 25 mars. Les injections de cyanure sont alors continuées.

Le 7 avril, il y a une *amélioration fonctionnelle nasale nette*, qui correspond, objectivement, à une diminution du bourgeonnement des deux côtés.

Nous ne revoyons ce malade que le 20 juillet 1930. Ne comprenant pas la nécessité de se soigner, aucun traitement spécifique n'a été suivi par lui depuis deux mois et demi environ.

L'examen des fosses nasales ne montre, comme nous le présumions, aucune amélioration, les lésions ayant, au contraire, tendance à augmenter. De chaque côté, le bourgeonnement persiste aussi important, avec une ulcération plus vaste, à fond sanieux et sanguinolent, à bords nets et souvent à pic. La gêne respiratoire existe toujours, avec quelques épistaxis légères.

Deux biopsies ont été pratiquées et envoyées au laboratoire d'histologie.

Nous restons toujours fermement persuadé qu'il s'agit bien de syphilis, le traitement, bien que mal suivi, ayant donné une amélioration notable, ainsi que nous l'avons rapporté plus haut. Nous espérons que le malade comprendra la nécessité de se traiter énergiquement et régulièrement. Et nous nous proposons de faire connaître par la suite, l'évolution de cette pseudo-tumeur, tout en regrettant vivement que des circonstances indépendantes de notre volonté ne nous permettent pas d'apprécier ici, définitivement, le résultat de la thérapeutique antisyphilitique.

Examen endonasal.

Présence d'une tumeur végétante, plus ou moins importante, obstruant plus ou moins soit une fosse nasale, soit les deux, comme dans notre observation. Tumeur irrégulière, vil-leuse, charnue, hémisphérique ou semi-ovoïde, rappelant parfois assez bien comme forme, ainsi qu'on l'a dit (Moure, *in* thèse du Docteur Lebart : Le chancre primitif du nez et des fosses nasales, Paris, 1894), « le chapeau d'un petit champignon ». Surface à couleur rose ou rouge, tourmentée, exul-cérée ou véritablement ulcérée, avec les bords saillants, durs, non décollés; parfois d'aspect fongueux.

A la palpation, elle fournit au doigt, soit une sensation de rénitence, soit une sensation de dureté nette et sèche ou même, parfois, cartilagineuse. La tumeur repose sur une base plus dure en général. Elle peut arriver en se développant à faire saillie dans le vestibule à la façon d'un polype.

Recherche des ganglions sous-maxillaires ou autres, *positive* pour le chancre (ganglions durs, indolores, séparés les uns des autres, sans périadénite, roulant sous le doigt, ne suppu-rant jamais, avec le ganglion satellite plus volumineux) et pour la syphilis secundo-tertiaire, *négative* pour la gomme.

Etat général. — Bon ou mauvais.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

I. — *Diagnostic clinique positif.*

Ne peut pas se baser sur les signes cliniques précédemment décrits, sur l'aspect clinique de la lésion, puisque il y a ressemblance complète avec les tumeurs MALIGNES des fosses nasales. Le diagnostic positif est donc à peu près impossible. Se rappeler l'adage, qu'un nez bouché, gonflé, douloureux, a bien des chances d'être syphilitique, mais encore faut-il que ces trois signes soient réunis. Et surtout, il faut y penser.

Certains faits pourront parfois orienter le clinicien vers le diagnostic de syphilis.

a) *L'âge du malade est à prendre en considération. Une tumeur endonasale d'aspect pseudo-sarcomateux ou pseudo-épithéliomateux a beaucoup de chance d'être syphilitique chez un sujet jeune, adolescent ou adulte. Mais ne pas oublier qu'on a vu des formes pseudo-néoplasiques évoluer chez des personnes âgées, et même très âgées. (La malade de Vilanova était âgée de 57 ans.) Lorsque le malade a, en effet, plus de 45 ou 50 ans, le problème se complique, et il est tout naturel de penser d'abord au cancer. C'est également le problème des rapports de la syphilis et du cancer qui se pose. S'il est certain qu'un syphilitique peut avoir un cancer, il est également sûr que la syphilis, par ses processus scléreux et kératosiques, par les cicatrices qu'elle peut déterminer, est génératrice du cancer : « La syphilis fait le lit du cancer », a-t-on dit très justement.*

Les cas sont rares où les relations entre la syphilis et le

cancer du nez ont pu être mises en évidence d'une façon certaine. Notre Maître, le Professeur Portmann, dans son beau livre, *Le cancer du nez*, signale un cas de Neumann, rapporté par Siméon : Une femme, depuis onze ans, a le nez obstrué par une hypertrophie de la muqueuse des cornets à la suite d'excoriations syphilitiques étendues jusqu'au naso-pharynx. Après ablation des tissus remplissant les narines, on reconnaît une tumeur maligne. Il est probable que la lésion spécifique avait agi à la faveur d'une irritation longtemps entretenue.

b) *Les antécédents.* — Interroger adroitement le malade. N'y a-t-il pas eu, par exemple, de contagion génito-faciale par introduction de doigts dans le nez après des attouchements sexuels? N'a-t-il pas eu déjà un chancre? Les parents sont-ils indemnes de toute lésion syphilitique? Rechercher les fausses couches si c'est une femme. Assez souvent, d'ailleurs, aucun antécédent vénérien n'est accusé.

c) *Coexistence d'autres lésions syphilitiques.* — Examiner très complètement le patient

Rechercher un *chancre* possible, surtout aux parties génitales. Dépister une *roséole* sur le tronc, ou des *plaques muqueuses* au niveau des organes génitaux ou du bucco-pharynx.

Reconnaître une *gomme*, à sa période de crudité ou d'ulcération, au niveau de la peau ou au niveau des muqueuses (langue, voile du palais). Enfin, trouver, s'il y en a, les stigmates de la *syphilis héréditaire* (triade d'Hutchinson, malformations congénitales, etc.).

d) *Signes cliniques accessoires*, tels que :

Tuméfaction nasale sur la racine du nez et *douleur* à la palpation, pour la syphilis tertiaire;

Phénomènes phlogistiques qui accompagnent souvent, d'après Thibierge, les syphilomes initiaux des fosses nasales, et qui, du nez, gagneraient la joue homolatérale. Cette tuméfaction, que Thibierge appelle lymphite érysipélateuse, a été mise en évidence dernièrement par Ramognini, qui la tient pour constante, l'ayant rencontrée 7 fois sur 8, et la considère comme un véritable œdème sclérotique, semblable à celui

qui se produit au prépuce ou aux grandes lèvres. Pour cet auteur, il s'agit d'une tuméfaction qui, dans les cas où elle est la plus prononcée, s'étend comme un faisceau du dos du nez à la région sous-maxillaire, entre l'angle de la mâchoire et l'os hyoïde, et qui, dans certains cas, se prolonge en haut vers les régions préauriculaire et sous-orbitaire. La joue ne présente pas d'altération dans sa couleur; elle est indolore à la palpation et de consistance élastique. Ramognini pense, en outre, que cette tuméfaction serait une lymphangite vers les ganglions correspondants. Certains auteurs (Podesta) ne l'ont jamais constaté et pensent qu'il s'agit, dans ce cas, d'infection surajoutée au chancre.

Constatacion d'un séquestre par l'exploration au stylet.

e) *L'évolution dans certains cas.* — Phénomènes nasaux survenant, une vingtaine de jours après un contact infectant, par les doigts par exemple, avoué par le malade.

Lorsqu'il est constitué, le chancre à forme néoplasique n'évolue guère différemment des chancres syphilitiques normaux, génitaux ou extragénitaux, et, comme ceux-ci, disparaît sans laisser de trace. Cependant, en raison du siège de la lésion exposée aux irritations, à la sécrétion, au moucher et aux poussières, son décours est un peu plus long.

Quand il s'agit d'une lésion tertiaire, l'évolution vers l'élimination d'un séquestre est un bon signe, ou vers de vastes délabrements (forme naso-crauienne de Fournier).

II. — *Diagnostic clinique différentiel.*

Le diagnostic différentiel se fait essentiellement avec les tumeurs malignes (sarcome, épithélioma) des fosses nasales, et, accessoirement, avec certaines tumeurs bénignes et le lupus.

A. — Tumeurs malignes (sarcome et épithélioma).

PÉRIODE DE DÉBUT. — Insidieuse et indolente. Le malade présentera des poussées de coryza, constatera un écoulement muqueux ou muco-purulent-unilatéral constant, ne cessant jamais complètement. Tantôt ce sont des épistaxis qui ont

attiré son attention. En général, pas de gêne de la respiration nasale. Pas de troubles sensitifs. Bon état général.

Examen rhinoscopique antérieur. — Montre parfois tumeur à la région inférieure ou moyenne. Tuméfaction rougeâtre, infiltrée, de petites dimensions, légèrement bourgeonnante ou, au contraire, irrégulièrement bosselée, recouverte d'une muqueuse sensiblement normale parcourue de petits vaisseaux.

Rhinoscopie postérieure, presque toujours négative.

On peut observer, mais plus rarement :

Un *type ganglionnaire* (épithélioma) : masse consistante, dure, plus ou moins adhérente, non douloureuse, uni ou bilatérale.

Un *type auriculaire* : hypoacousie croissant progressivement, bourdonnements, lésions de l'appareil de transmission.

Un *type oculaire*.

PÉRIODE D'ÉTAT :

1° *La forme pseudo-sarcomateuse* simule, comme son nom l'indique, le *sarcome*.

Le *sarcome* se voit chez des sujets plutôt jeunes.

Signes fonctionnels et subjectifs. — *Triade capitale* constituée par :

- a) *Ecoulement nasal* unilatéral fétide;
- b) *Epistaxis*;
- c) *Obstruction nasale* qui augmente, donnant des troubles respiratoires, phonatoires, auditifs, olfactifs, nerveux.

Phénomènes sensitifs. — Sensation de gêne, de corps étranger. Céphalées, douleurs, parfois rien.

Pas d'adénopathie.

Signes objectifs. — Tumeur tantôt faisant saillie à l'orifice du vestibule, tantôt plus profonde, fixe, sessile, arrondie et lisse, recouverte d'une muqueuse blanc rose, grisâtre ou rougeâtre, tardivement ulcérée. On peut souvent délimiter assez

bien son point d'implantation. Consistance variable, molle, dans le sarcome globo-cellulaire, plus ferme dans le sarcome fusco-cellulaire, ferme dans le sarcome à myéloplaxes. Souvent suintement sanguin, parfois hémorragie.

Il peut y avoir des déformations des régions voisines par propagation antérieure, postérieure, supérieure, inférieure, orbitaire.

2° *La forme pseudo-épithéliomateuse simule l'épithélioma.*

L'épithélioma se voit chez des sujets d'un certain âge (30, 60, 70 ans).

Signes fonctionnels et subjectifs. — *L'écoulement nasal, les épistaxis fréquentes* quoique minimes, *l'obstruction nasale*, forment un trépied capital.

Phénomènes sensitifs. — Sensation de corps étranger. Douleurs vives, assez précoces. Céphalées.

Rejet de fragments néoplasiques.

Adénopathie.

Signes objectifs. — Tumeur plus ou moins volumineuse, irrégulière, charnue, de couleur rose ou rouge, bourgeonnante, rapidement ulcérée. Les bords de l'ulcération sont durs, saillants, non décollés. Consistance particulière. La tumeur saigne facilement, spontanément et au toucher. Souvent on trouve du pus.

3° *Qu'il s'agisse d'un sarcome ou d'un épithélioma*, la radiographie est le complément indispensable de l'examen clinique des fosses nasales. Elle permet d'être fixé sur l'extension des lésions, les destructions osseuses, et acquiert une importance particulière lorsqu'on suspecte la pénétration dans le crâne des prolongements néoplasiques.

B. — Tumeurs bénignes.

Certains polypes muqueux ou fibro-muqueux, vieux, rouges, plus ou moins enflammés, et derrière lesquels se cachent souvent un sarcome ou un épithélioma.

Les polypes saignants de la puberté masculine (Sébileau), saignant abondamment, de couleur rouge, à surface lisse, de consistance dure, rénitente.

La polypose nasale déformante et récidivante des jeunes (Terracol).

La polypose syphilitique du nez, manifestation de la période tertiaire ou de l'hérédité spécifique, étudiée par le Professeur Jacques notamment, qui est une forme d'altération hyperplasique à évolution lente, simulant la polypose banale, dont elle se distingue par la diffusion des lésions, la teinte grise jaunâtre des végétations, leur consistance relativement ferme, leur mobilité réduite, leur surface grenue ou mûriforme. Cette forme, fréquemment compliquée d'empyèmes annexiels, rebelle au traitement chirurgical, cède souvent plus ou moins rapidement à la médication antisypilitique.

Les polypes saignants de la cloison, caractérisés : *cliniquement* par épistaxis unilatérale plus ou moins importante, obstruction unilatérale progressive rapide, rhinorrhée mucopurulente ou sanguine, et, *objectivement*, par : tumeur pédiculée, rouge foncé, d'aspect lisse ou lobulé, de consistance assez ferme. Pas d'adénopathie.

Les papillomes. — En général unilatéraux, déterminent une obstruction nasale progressive. Saignent spontanément ou au mouchage. Petites masses couleur gris rosé ou rouge sombre, excroissance de grandeur variable, irrégulièrement frangée, tantôt vilieuse, tantôt uniforme, tantôt mamelonnée. Saignant abondamment et facilement au stylet. Evolution bénigne, lente. Ni douleur, ni adénopathie. Ecoulement muqueux purulent, fétide et teinté de sang.

C. — Corps étrangers inanimés.

Surtout lorsqu'ils stationnent longtemps dans une fosse nasale, sans provoquer d'autres troubles que de l'obstruction nasale, un écoulement plus ou moins purulent et quelques épistaxis. La muqueuse des cornets est rouge, tuméfiée et bourgeonnante, saigne facilement et recouverte de muco-pus desséché.

D. — Lésions inflammatoires chroniques.

La rhinite hypertrophique, localisée à la tête ou à la queue d'un cornet, montre une muqueuse tuméfiée, d'aspect papil-

laire ou mûriforme; l'obstruction nasale se modifie très souvent, selon les positions du corps ou les conditions climatiques.

La tuberculose, surtout le lupus : la muqueuse est pâle, mamelonnée, recouverte de petites croûtes jaunâtres sous lesquelles sont des ulcérations à bord sans relief, irréguliers, décollés. Parfois cependant il se présente sous forme de masses végétantes qui donnent à la cloison un aspect bourgeonnant et longueux, mais son indolence, son siège au tiers antérieur de la fosse nasale, sa lenteur d'évolution, la coexistence de lésions de même ordre du côté de la narine ou de l'arrière-gorge suffiraient à le différencier.

La syphilis nasale pseudo-lupique, où le traitement spécifique donne de bons résultats.

III. — *Diagnostic sérologique.*

Puisque le diagnostic clinique est impossible dans la majorité des cas, le clinicien, par l'intermédiaire du laboratoire, devra consulter la réaction de Wassermann et même, à la rigueur, les réactions moins courantes de Hecht (réaction avec sérum frais), de Jabosthal (réaction avec sérum chauffé: fixation à 0 degré), de Meinicke. Ces réactions sont cependant d'ordre tout à fait relatif. Nous sommes loin de l'équation simpliste que certains avaient rêvée, et qui n'est pas encore bannie de tous les esprits :

B.-W. positif = syphilis.

B.-W. négatif = pas de syphilis.

On a été amené trop volontiers à considérer les signes de laboratoire comme des signes de précision plus exacts que les signes cliniques. La réaction de Wassermann est un signe de syphilis, mais elle ne peut se substituer aux signes cliniques. On ne devra pas en négliger l'emploi, car on doit toujours consolider un diagnostic en l'étayant par des preuves aussi nombreuses que possible. La réaction de Wassermann paraît importante surtout parce qu'elle est une preuve obtenue « par une voie différente ». Mais un Wassermann négatif ne pourra

en rien ébranler un diagnostic porté sur le résultat histologique.

IV. — *Diagnostic bactériologique.*

Rechercher, au niveau de la tumeur, le *Treponéma pallida*, soit par l'ultra-microscope, soit par le Fontana-Tribondeau.

Pratiquement, cette recherche n'est pas toujours positive. On peut dire que le tréponème se trouve surtout dans le chancre. Dans les gommès, il est en très petit nombre ou sous une forme non décelable, et n'est pratiquement pas visible.

V. — *Diagnostic histologique.*

C'est le diagnostic capital, décisif. C'est la biopsie qui donnera la clef du diagnostic, dans la plupart des cas. Nous disons bien, « *dans la plupart des cas* », car, comme nous l'exposons quelques pages plus loin, *il existe des cas où la biopsie ne peut que très discrètement insinuer au médecin qu'il faut penser à la syphilis ou même, peut induire complètement en erreur.*

En général, donc, c'est elle qui va provoquer ou interdire une opération toujours grave, c'est elle qui indiquera l'opportunité du traitement spécifique.

Le prélèvement du fragment à examiner n'est pas indifférent. Il ne faut pas prendre celui-ci au hasard, et notamment ne prendre que sur la muqueuse enflammée. On comprend alors que le résultat histologique soit erroné. Au niveau des fosses nasales, un seul fragment est souvent insuffisant. Il est nécessaire de les multiplier. Pour pratiquer la biopsie, il est préférable de n'employer aucun anesthésique, et l'orientation des coupes n'est pas indifférente.

Interprétation histologique.

Plusieurs catégories de faits :

1° *Il s'agit de lésions syphilitiques nettement caractérisées;*

2° *S'agit-il de syphilis ou de tuberculose ?*

3° *Histologiquement ces tumeurs syphilitiques simulent parfois le cancer (Favre-Proby).*

1° *Il s'agit de lésions syphilitiques nettement caractérisées.*

Presque toujours il en est ainsi et nous n'insisterons pas sur les lésions typiques de la syphilis. Elles sont suffisamment connues : *vascularite*, tendance à la localisation en *lésions nodulaires*, où se trouvent des cellules mononucléées d'un type particulier, qu'on appelle *plasmocytes* ou *plasmazellen*. Ces lésions se retrouvent, avec des différences, dans les tumeurs syphilitiques nasales.

C'est ainsi que, dans les tumeurs tertiaires ou même primaires, on trouve des *cellules géantes* munies d'une couronne de noyaux allongés souvent polymorphes, le protoplasma étant plus ou moins dégénéré, surtout au centre. Autour de la cellule géante les cellules épithélioïdes forment une zone en couronne bien nette, les cellules périphériques mononucléées et lymphocytaires restent arrondies. Et la ressemblance avec le follicule tuberculeux peut être frappante, surtout si le centre du nodule se nécrose. *La syphilis peut donc prendre le masque de la tuberculose sans s'associer avec elle.*

2° *S'agit-il de syphilis ou de tuberculose ?*

Dans son rapport sur les « formes mixtes et anormales de la syphilis nasale », Proby dit : « Les déterminations cutanéomuqueuses de la tuberculose se manifestent par la cellule géante, le follicule et, surtout, le papillome. Or, les Professeurs Nicolas et Favre ont montré les analogies histologiques des cellules géantes et de follicules syphilitiques avec les mêmes lésions d'origine tuberculeuse. On pensait, au moment de la découverte de la cellule géante, qu'elle représentait une lésion spécifique de la tuberculose. Mais on a retrouvé des cellules géantes dans les lésions tertiaires de la syphilis, dans tous les processus inflammatoires à forme lente : la tuberculose, la scrofule, le lupus, la strongylose, l'actinomycose et, enfin, la syphilis.

» C'est le mérite du Professeur Nicolas et de Favre d'avoir montré que les lésions syphilitiques pouvaient présenter l'aspect véritable d'un follicule tuberculeux assez fréquemment. Les observations rapportées à ce propos montrent qu'il y avait des lésions qui paraissaient franchement tuberculeuses, si l'on se reporte aux notions classiques. Cependant, l'inoculation au cobaye est négative, et, dans un cas, l'imprégnation des coupes au nitrate d'argent a montré la présence de tréponèmes indiscutables.

» Aucune différenciation histologique n'est possible. L'abondance du tissu fibreux, les lésions d'artérite, la présence plus ou moins considérable de plasmazellen, n'apportent pas la lumière. »

Le Docteur Bonnard, qui a pratiqué les examens histologiques précédemment rapportés dans l'observation du Docteur Nouailhac, répond à ce sujet : « En matière de syphilis, l'histopathologie est impuissante à faire un diagnostic certain s'appuyant sur des constatations précises, sauf dans certains cas de fonte gommeuse. En général, on ne peut que très discrètement insinuer au médecin traitant qu'il faut penser à la syphilis. Dans de semblables examens, on écarte l'idée de néoplasme; c'est là que se borne le rôle de l'analyse. » Et dans le compte rendu de la deuxième analyse histologique, il était mentionné : « On note cependant des amas étendus de plasmocytes, mais ce signe est insuffisant pour conclure à une localisation syphilitique. » L'histologiste avait donc eu l'attention attirée du côté d'une lésion syphilitique possible.

M. le Professeur Dubreuil a fait l'étude microscopique de la biopsie relative à notre cas personnel. Nous rappelons l'interprétation : « Impression d'inflammation syphilitique qu'il serait bon de rechercher par l'interrogatoire et, un traitement d'épreuve. » (1^{re} biopsie.)

« Réaction inflammatoire chronique, affectant la forme caractéristique syphilis ou bacilliose. Plus probablement syphilis. Médaillons avec cellule géante, cellules épithélioïdes, bordure lymphocytaire ou monocytaire. D'autres médaillons avec centre un peu dégénéré. » (2^e biopsie.)

Il pense donc, en résumé, que ce cas ne peut se rapporter qu'à la syphilis ou à la tuberculose, et son attention est plutôt portée vers l'idée de spécificité.

Nous avons fait encarter ci-après deux microphotos dues au talent incomparable de M. le Professeur Dubreuil, et se rapportant aux biopsies faites dans la tumeur pseudo-néoplasique de notre malade, qui démontrent excellemment à quel point la syphilis peut histologiquement simuler la tuberculose.

Nous croyons, cependant, pouvoir affirmer qu'en présence d'une tumeur nasale d'apparence néoplasique cliniquement, si l'examen histologique élimine formellement le cancer, il est logique d'envisager l'hypothèse de la syphilis. C'est pourquoi ici encore, nous répétons que l'examen par le microscope est absolument indispensable, et capital pour le diagnostic.

3° *Histologiquement, ces tumeurs syphilitiques simulent parfois le cancer, soit le sarcome, soit l'épithélioma.*

Cliniquement, le praticien a fait le diagnostic de tumeur maligne : histologiquement, ce diagnostic semble tout à fait établi, le microscope paraissant montrer des lésions-types cancéreuses, soit sarcomateuses, soit épithéliomateuses. On conçoit facilement tout l'intérêt qui s'attache à dépister ces pseudo-sarcomes ou ces pseudo-épithéliomas. Ces faits, heureusement, sont relativement rares, mais il faut savoir qu'ils existent. Ils ont été particulièrement étudiés par le Professeur Favre et le Docteur Proby, de Lyon, qui ont eu la grande amabilité de nous communiquer leurs travaux à ce sujet et que nous sommes heureux de remercier ici.

a) *Type pseudo-sarcomateux.* — Le Professeur Fabre (*Sarcomes vrais et faux sarcomes, Syphilomes et sarcomes*) avoue la faillite de l'histologie. « Les réactions du tissu conjonctif autour des foyers syphilitiques sont d'une variabilité extrême. Si des lésions vasculaires importantes créent des nécroses étendues et des gommès où domine le processus de caséifi-

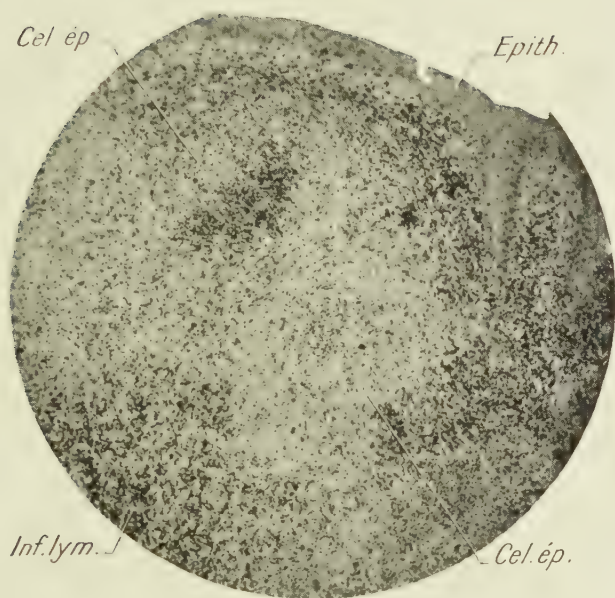


Fig. 1. — SYPHILIS DE LA CLOISON NASALE.

Deux formations en tubercule, sous-épithéliales.

EPITH. Epithélium malpighien. — CEL. ÉP. Cellules épithélioïdes en couronne. —

INF. LYM. Infiltration lymphocytaire.

(Microphotographie. Obj. micropl. Zeiss, 20 mm. Gr. 45).

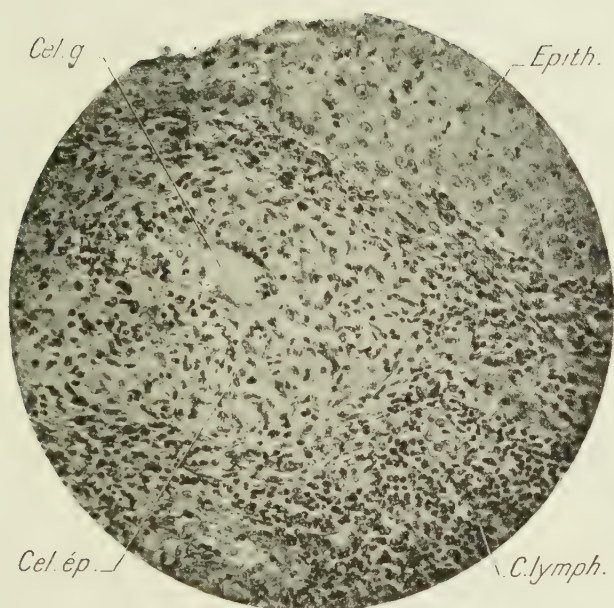


Fig. 2. — SYPHILIS DE LA CLOISON NASALE.

Une formation disposée en tubercule typique sous-épithélial, à cellule géante.

EPITH. Epithélium malpighien. — CEL G. Cellule géante. CEL ÉP. Couche des cellules épithélioïdes. C. LYMPH. Couche lymphocytaire.

(Microphotographie. Obj. Zeiss Apo, 16 mm. Ocul. Hemal I. Gr. 111).

cation, il est des cas où l'inflammation interstitielle s'accuse par des productions hyperplasiques parfois très étendues.

» Dans des cas semblables, on voit les faisceaux du tissu conjonctif disparaître ou n'être plus représentés que par de minces lames collagènes, tandis que se multiplient les cellules fixes. Les cellules peuvent s'ordonner en faisceaux, plus rarement en tourbillons, à la façon des cellules d'un sarcome fuso-cellulaire. Ailleurs, des cellules arrondies, dont le type s'éloigne des cellules ordinaires de la lignée conjonctive, forment des amas denses occupant les mailles d'un réseau conjonctif très réduit. Leur groupement, leur aspect, rappellent les tumeurs globo-cellulaires.

Les cellules géantes elles-mêmes, fréquentes dans les inflammations syphilitiques, ont été confondues avec des myéloplaxes (thèse de Chênélet). Aussi comprend-on que nous ayons pu soutenir que les réactions produites par la syphilis dans le tissu conjonctif peuvent simuler toutes les variétés de sarcomes : sarcomes fuso-cellulaires, globo-cellulaires, à cellules polymorphes, à myéloplaxes.

» *Certains signes histologiques peuvent être utiles au diagnostic.* L'un est tiré de l'examen des vaisseaux; on ne leur voit pas, dans les syphilomes, l'aspect si caractéristique de simple cavité, de lacunes, qu'il est classique d'observer dans les sarcomes vrais; tout au contraire, ils sont souvent épaissis, formés de plusieurs assises conjonctives, et, pour les vaisseaux plus volumineux, d'une tunique musculaire dont les couches sont souvent dissociées par l'inflammation interstitielle. Mais ce que nous avons signalé comme beaucoup plus caractéristique des faux sarcomes inflammatoires est la *variation en des points voisins de l'aspect histologique des lésions*. Contrairement aux véritables sarcomes, qui présentent dans toute leur masse la même structure, les syphilomes offrent, en des régions parfois voisines, des aspects histologiques très différents. Sur une coupe, on pourrait être tenté de conclure au cancer; que l'on examine une autre coupe séparée de la première par plusieurs coupes intermédiaires, et l'on ne sera

pas peu surpris d'observer des lésions bien différentes. Alors que l'on pensait au néoplasme, le nouvel aspect imposera le diagnostic d'inflammation simple, d'inflammation à cellules géantes. Les variations que nous avons vues apparaître dans les foyers successifs, nous pouvons les retrouver sur une seule et même lésion, à la condition de l'examiner en des points différents; le danger est de se borner à un seul point, d'affirmer sur une seule coupe. Il faut donc insister sur le *polymorphisme régional des lésions dans les pseudo-tumeurs inflammatoires syphilitiques*. »

Cette étude se rapporte essentiellement à la dermatologie et à la chirurgie. Il semble qu'en oto-rhino-laryngologie la question soit moins au point. Proby en rapporte, comme nous l'avons déjà mentionné, un exemple qui ne laisse aucun doute.

Nous pourrions, peut-être, nous trouver dans le même cruel embarras; les constatations du Professeur Favre nous seront certainement d'une grande utilité.

b) *Type pseudo-épithéliomateux*. — Que Proby a mis en évidence et a individualisé, comme une nouvelle manifestation de la syphilis nasale.

L'examen histologique simule la néoplasie épithéliomateuse.

VI. — *Diagnostic par le traitement spécifique.*

En général, le diagnostic a pu être fait par les examens anatomo-pathologiques, bactériologiques, sérologiques. Parfois, lorsque ces différentes épreuves auront été douteuses ou négatives, un seul moyen permettra d'éclaircir le problème, c'est la guérison par le traitement antisypilitique. Ce traitement sera donc, en dernier ressort, le meilleur et le seul moyen pour poser le diagnostic. Et, comme le dit le Professeur Favre : « Maniée avec décision, sous des formes qui varieront suivant les circonstances, mais qui devront toujours être actives et énergiques, cette thérapeutique donnera parfois au médecin, malgré les apparences cliniques d'une affection redoutable, la belle joie de guérir contre toute espérance. »

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS

I. — *Cliniquement*, la syphilis détermine la formation, au niveau des fosses nasales, de pseudo-tumeurs, qu'il est impossible de différencier des tumeurs malignes, sarcomes ou épithéliomas.

II. — *Les arguments sérologiques et bactériologiques* ne sont pas probants : ils sont trop inconstants.

III. — *L'examen anatomo-pathologique* permettra, *en général*, d'affirmer que la tumeur endonasale est un pseudo-cancer.

Cependant, la syphilis peut histologiquement :

a) *Simuler la tuberculose*, mais l'inoculation au cobaye étant négative, on doit logiquement songer à la spécificité;

b) *Simuler le sarcome ou l'épithélioma*; ce cas, rare, conduit, si l'on n'y prend garde, aux pires erreurs.

IV. — *Le traitement spécifique* sera un des moyens pour parvenir à établir le diagnostic.

V. — *Dans les cas difficiles, penser toujours à la syphilis*. Mieux vaut la voir partout que la méconnaître une seule fois.

VU : *Le Doyen*,

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

G. PORTMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 12 juillet 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ARSLAN. — Contribution à l'étude de la syphilis du septum nasal. *Arch. Italiano di Otol. Rino. e laring.*, I, 1895.
- BALLA. — Syphilis ignorée du nez. *Bollet. dell. malatt. dell'orecchio*, n° 4, 1910.
- BAZENERYE. — De la syphilis nasale acquise. Thèse de Paris, 1894.
- BERNOUD. — De la syphilis des fosses nasales. Thèse de Lyon, 1898.
- BILANCIONI. — La syphilis ignorée localisée au nez, au pharynx, au larynx et à l'oreille. *Arch. internat. de laryng.*, p. 487.
- BISI-HUMBATO. — Polypose nasale unilatérale par ethmoïdite spécifique chez un nouveau-né. *La semana medica de Buenos-Ayres*, 3 sept. 1925.
- BONNET-ROY. — A propos de la syphilis nasale. *Paris méd.*, 1924, p. 195.
- BORDEN. — Syphilis latente et tertiaire dans les affections du nez et de la gorge. *The Journ. of the Amer. med. assoc.*, oct. 1914.
- BOTEY. — Considérations sur la syphilis tertiaire des fosses nasales. *Arch. internat. de laryng.*, 1891.
- BRUNEL. — Contribution à l'étude de la syphilis des fosses nasales. *Rev. de laryng., d'otol.*, 1902.
- BRUNON. — Le chancre syphilitique des fosses nasales. Thèse de Lyon, nov. 1895.
- CALAMIDA. — Syphilome de la cloison à type néoplasique. *Arch. Ital. di otol.*, 1912, XVIII, 6.
- CAPDEPON. — Syphilis du nez. *Journ. méd. Bordeaux*, XLI, p. 447, 1896.

- CASTEX (A.). — Syphilis du nez. *In* Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, vol. XVIII, Paris, Baillière, 1909.
- CIMMINO. — Un cas de syphilome initial de la cloison nasale cartilagineuse. *Bollet. dell. Balat del Orecchio*, n° 2, 1894.
- COLLET. — Syphilis nasale. *In* Précis de pathologie interne, Paris, Doin, 1926, t. II, p. 7.
- DETOURBET. — Polypose nasale et syphilis. *Journ. méd. de Lyon*, août 1927.
- DIDIER. — Syphilis tertiaire des fosses nasales : affection protéiforme. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 17 déc. 1922.
- DUBROWSKI. — Zur Frage über die tertiäre Nasenlues. *Acta otolaryngologica*. Editor Gunnar. Holmgren, Stockholm, juillet 1929.
- DURAND (Jacques). — Les papillomes des fosses nasales. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1924, p. 860.
- FAVRE. — Sarcomes. Vrais et faux sarcomes. Syphilomes et sarcomes. *Lyon méd.*, n° 34, 21 août 1927.
- FELLOWS. — Syphilis du nez. *Journ. of ophtal. otol. laryng.*, janv. 1894.
- FOURNIER. — Les chancres extragénitaux, 1897.
- FRILLEY. — Syphilis mutilante et térébrante du nez. Thèse de Paris, 1911-1912.
- FROMENT. — Contribution à l'étude du chancre syphilitique du nez. Thèse de Paris, 1912.
- FUNK. — Grosses grimmis der nase. *Zentralbl. f., etc.*, XXVI, 1928, p. 114.
- GAILLARD et PITRES. — Formes particulières de la syphilis nasale, ostéide naso-cranienne de Fournier. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, juillet 1924.
- GAREL. — Chancre syphilitique intra-nasal. *Lyon méd.*, août 1900.
- GOURDIAT. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes et des pseudo-néoplasmes des fosses nasales. *La Province méd.*, n° 13, 1897.
- HAROLD HAYS. — Manifestations syphilitiques intranasales. *The Journal of the american medical assoc.*, juin 1921.

- HORAUD. — Syphilis et cancer. Cancer sur syphilis ou cancer juxta-syphilitique. Thèse de Lyon, 1907.
- JACOD et PITRES. — Le chancre syphilitique de la muqueuse pituitaire. *Ann. des mal. de l'oreille du larynx*, p. 119.
- JACQUES. — De la polypose syphilitique du nez. *Rev. de laryng. d'otol.*, 1922, p. 627-641.
- Syphilis, polypose et rhinanthrites. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, déc. 1924.
- KUHN. — Cas de tumeurs syphilitiques nasales. *Derm. med. Wochens.*, n° 8, p. 33.
- KUTTNER. — Granulomes syphilitiques (syphilomes) du nez. *Archiv. f. laryngol.* VII, 2 mars 1898.
- LANNOIS. — Syphilis nasale. In *Précis des maladies de l'oreille et du nez*, Paris, Doin, 1908, I, p. 804.
- LANNOIS et GAILLARD. — La syphilis nasale et son traitement. *Mono-graphie O. R. L. indernat.*, 1924.
- LA ROSA. — Un cas de syphilome initial du septum nasal. *Gazzett. degli osped.*, avril 1904.
- LAURENS. — Syphilis nasale. *Le Larynx*, n° 1, 1911.
- Syphilis nasale. In *L'oto-rhino-laryngol. du médecin praticien*, 1921, p. 223.
- LEBARD. — Le chancre primitif du nez et des fosses nasales. Thèse de Paris, 1894.
- LEMAÎTRE. — Syphilis tertiaire prise pour un sarcome. In *Le cancer du nez* (Portmann et Retrouvey).
- LERMOYEZ. — Un cas de chancre syphilitique de la cloison nasale à type pseudo-sarcomateux. *Ann. mal. oreilles*, n° 12, 1898.
- LIEVEN. — Syphilis du nez. *Klin. Vorträge*, Band II, Heft. 10, 1898.
- LUBET-BARBON. — Signes et diagnostic de la syphilis tertiaire du nez. *Rev. de laryng. et d'otol.*, p. 721, 1903.
- MICHAELIS. — Association de syphilis tertiaire et de carcinome cylindrique de la cloison nasale. *Archiv. f. Ohren.*, Band. LII, Hefte 1 et 2.
- MOLINÉRY. — Les gommes du nez (1760-1920). *Concours méd.*, 20 févr. 1921.

- MOUNIER. — Syphilis nasale méconnue. *Rev. de laryng. et d'otol.*, p. 80, 1900.
- MOURE. — Gomme syphilitique de la face interne de l'aile du nez. *Rev. de laryng. et d'otol.*, p. 1, 1888.
- Diagnostic des tumeurs des fosses nasales. *La Médecine*, janv. 1920.
- PALASME DE CHAMPEAUX. — Syphilis tertiaire nasale. *Rev. de laryng. et d'otol.*, 1899.
- PIPIA. — Deux cas de syphilome initial du septum nasal à type néoplasique. *Archiv. ital. di laryng.*, 15 déc. 1923.
- PODESTA. — Deux cas de syphilome initial des cavités nasales. *Arch. internat. de laryng.*, p. 81, 1926.
- POPPI. — Sur quelques cas de syphilis méconnue à néo-formations des voies respiratoires, prises pour des sarcomes. A propos de la méthode de Citelli d'auto-vaccinothérapie des tumeurs malignes. *Tipographia Paolo. Neri*, Bologne, 1923.
- PORTMANN et RETROUVEY. — Le cancer du nez.
- PROBY. — Formes mixtes et anormales de la syphilis nasale. XI^e Congrès français d'O.-R.-L., Paris, octobre 1927, *Arch. internat. de laryng. et d'otol.*, p. 107-148, 1928.
- PUSATERI. — Syphilis primaire de la cloison nasale à type néoplasique. *Archiv. ital. di otol.*, p. 482, 1907.
- RIPAULT. — Syphilides nasales végétantes à la période secondaire de la syphilis. *Ann. des mal. des oreilles et du larynx*, III, 1895.
- ROUBEINSTEIN. — Syphilis du nez. Société O.-R.-L. de Saint-Pétersbourg, 8 févr. 1913.
- ROUSSY. — Syphilis et cancer. Nouveau traité de médecine. Roger Vidal-Teissier, 1929.
- RUEDA. — Syphilome primitif intranasal de forme anormale. *Rev. de laryng.*, 15 févr. 1895.
- SARREMONÉ. — Symptômes de la syphilis nasale. *Arch. internat. de laryng. et d'otol.*, p. 368, 1902.
- SCHROETTER. — De la syphilis des voies aériennes supérieures. Communication au Congrès de Berlin, août 1890; *Arch. internat. de laryng. et d'otol.*, p. 249, 1890.

- SHEPPEGRELL. — La syphilis du nez. *New Orleans med. and surg. Journ.*, août 1902.
- SMIRAGINE. — Cancer du nez chez un syphilitique amélioré par le traitement spécifique. *Arch. internat. de laryng.*, 1906.
- THEISEN. — Un cas atypique de syphilis nasale chez un enfant, et considérations sur les tumeurs syphilitiques du nez. *Journal of amer. Assoc.*, 28 févr. 1903.
- THORNER. — Syphilis nasale. *Cincinnati Lancet Clinic.*, 1896.
- TISSIER. — Syphilis du nez. *Gaz. hôp.*, 20-23, 1896.
- TÖEPLITZ. — Tumeurs syphilitiques des fosses nasales. *Amer. j. d. med.*, 1904.
- VILANOVA. — Cas de syphilis tertiaire du nez avec diagnostic histologique d'épithélioma. *Instituto medico farmaceutico*, oct. 1917.

